

Het meten van mentaliseren; een poging met de Reflective Functioning Rating Scale

S.J.L.M. KEMPS, C.G. KOOIMAN

ACHTERGROND De vaardigheid te kunnen (blijven) mentaliseren wordt relevant geacht voor het begrip van de pathogenese van verschillende psychiatrische aandoeningen en wordt gezien als een gemeenschappelijke factor in verschillende vormen van psychotherapie. Tot op heden zijn er echter nog geen instrumenten beschikbaar waarmee klinici de aard en de mate van mentaliseren makkelijk en gestandaardiseerd kunnen vastleggen. De Reflective Functioning Rating Scale (RFRS) is een instrument dat is ontwikkeld om in die behoefte te voorzien.

DOEL Wij onderzochten de psychometrische kwaliteiten van de RFRS in een psychotherapeutische populatie.

METHODE Een dwarsdoorsnedestudie onder patiënten en behandelaren van een afdeling Psychotherapie waarbij de infrastructuur van routine outcome monitoring werd gebruikt.

RESULTATEN De items van de RFRS konden het best worden gegroepeerd in drie klinisch betekenisvolle schalen. De eerste twee schalen hadden een uitstekende interne consistentie, die van de derde schoot te kort. De tussenbeoordelaarsbetrouwbaarheid van alle drie de schalen was echter onvoldoende en de constructvaliditeit en de concurrente validiteit vielen tegen. Tot slot verdiende ook de ervaren bruikbaarheid door de therapeuten nog aandacht.

CONCLUSIE Een instrument waarmee klinici aard en mate van mentaliseren makkelijk kunnen vastleggen, is nog niet voorhanden. Ook de RFRS kan nog niet in die behoefte voorzien.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)9, 645-655

TREFWOORDEN acceptatie, betrouwbaarheid, meetinstrument, mentaliseren, validiteit



Het begrip ‘mentaliseren’ is door de *mentalization based treatment* van Bateman en Fonagy (2006) een breed bekend begrip geworden. Zij definiëren mentaliseren als een vorm van sociale cognitie, namelijk de vaardigheid menselijk gedrag (van zichzelf en van anderen) te kunnen zien en begrijpen als gevoed door mentale toestanden met intentionele betekenis zoals gevoelens, behoeften, wensen en verlangens. De auteurs beschouwen het concept ‘mentaliseren’ niet als een volledig nieuw construct, maar als een verbreding en verdieping van al langer bestaande concepten zoals ‘*theory of mind*’, ‘alexithymie’, ‘emotionele intelligentie’, *mindfulness*, etc.

Mentaliseren wordt als een wezenlijke, intrinsiek menselijke eigenschap gezien die zich ontwikkelt in de kindertijd in de context van een veilige gehechtheid met de ouders. De ontwikkeling van een veilige gehechtheidsstijl en de ontwikkeling van de vaardigheid om adequaat te kunnen mentaliseren zijn theoretisch met elkaar geassocieerd. Door psychiatrische problemen van de ouders of door ongelukkige ontwikkelingsinterferenties als gevolg van bijvoorbeeld ziekten van kind of ouders, kan de ontwikkeling van een veilige gehechtheidsstijl en het adequaat mentaliseren ernstig verstoord raken. Het mentaliseren kan echter ook secundair meer of minder verstoord raken

als afweer, of als een regressiefenomeen onder druk van te heftige affecten zoals bij een stemmings- of angststoornis. Mentaliseren wordt dus niet gezien als een alles-of-nietsfenomeen, maar als een graueel fenomeen met diverse aspecten zoals het vooral automatisch, impliciet mentaliseren versus het bewust, expliciet mentaliseren zoals in een psychotherapie. Behalve voor de borderlinepersoonlijkheidsstoornis acht men het concept relevant voor begrip van de mogelijke pathogenese van meer psychiatrische aandoeningen zoals angst- en stemmingsstoornissen en eetstoornissen, en voor begrip van het psychotherapieproces.

De vaardigheid adequaat te mentaliseren, of de ontwikkeling daarvan, wordt door de auteurs zelfs niet alleen gezien als de meest fundamentele, gemeenschappelijke factor in belangrijke vormen van psychotherapie (cognitieve gedragstherapie (CGT), interpersoonlijke psychotherapie (IPT), cliëntgerichte therapie, psychodynamische psychotherapie, systeemtherapie, etc.), maar ook als een fundamentele vaardigheid van patiënt én behandelaar in de algemene psychiatrische praktijk. (Allen e.a. 2008; Bateman & Fonagy 2006, 2012; Bouchard e.a. 2008; Katznelson 2014; Weinberger 2014)

Observatieschalen

Gezien de centrale plaats die aan het concept 'mentaliseren' wordt toegekend, is het van belang dat het begrip ook gestandaardiseerd en betrouwbaar kan worden 'gemeten'. Fonagy e.a. ontwikkelden daartoe de *Reflective Functioning Scale* (RFS) (Fonagy e.a. 1998; Katznelson 2014; Taubner e.a. 2012). De RFS is een observatieschaal die ontwikkeld is om gescoord te worden na afname van het *Adult Attachment Interview* (Main M, Kaplan N, George C. Adult attachment interview. niet-gepubliceerd; 1985), wat een zeer tijdsintensieve onderneming is.

Kenneth Levy en collega's (Meehan e.a. 2009) ontwikkelden daarom een observatieschaal die in de algemene praktijk makkelijker toepasbaar zou moeten zijn en die in tegenstelling tot de RFS uit meerdere subschalen bestond, zodat meerdere aspecten van het mentaliseren onderzocht konden worden. Voor de items van de observatieschaal maakten zij gebruik van de handleiding bij de RFS en van andere relevante literatuur over mentaliseren. Zij noemden hun observatieschaal de *Reflective Functioning Rating Scale* (RFRS). De RFRS heeft in totaal 50 items op een 5-puntlikertschaal (1 = zeer onjuist; 5 = zeer juist). De items zijn zo geformuleerd dat de RFRS ingevuld zou moeten kunnen worden op basis van gangbare psychotherapie sessies.

In een pilotonderzoek met 11 therapeuten die zich met de RFRS een oordeel vormden over 49 patiënten werden met principaalcomponentenanalyse in eerste instantie negen factoren gevonden met eigenwaarden > 1 . De scree-test,

AUTEURS

SIMONE KEMPS was ten tijde van het onderzoek psychiater in opleiding bij Riagg Rijnmond; thans: psychiater, GGZ Delfland.

KEES KOOIMAN, psychiater en afdelingshoofd Psychotherapie, Riagg Rijnmond; thans: Rivierduinen en afd. Psychiatrie, Erasmus MC.

CORRESPONDENTIEADRES

C.G. Kooiman, Rivierduinen, GGZ Haagstreek/Zoetermeer, Postbus 422, 2260 AK Leidschendam.
E-mail: k.kooiman@rivierduinen.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 12-02-2015.

interpreteerbaarheid van de schalen en interne consistenties wezen alle op een 'oplossing' met drie schalen: 'gebrek aan expliciete pogingen om de mentale drijfveren te willen onderzoeken' (16 items, $\alpha = 0,94$; bijvoorbeeld: hij/zij heeft de neiging om openlijk defensief te worden wanneer gevraagd wordt te reflecteren op zijn/haar gedrag); 'bewustzijn van de aard van mentale toestanden' (14 items, $\alpha = 0,95$; bijvoorbeeld: hij/zij is in staat na te denken over hoe zijn/haar gedrag mogelijk het gedrag van een ander heeft beïnvloed); en 'onderkenning dat mentale vaardigheden in de ontwikkeling geworteld zijn' (13 items, $\alpha = 0,92$; bijvoorbeeld: hij/zij onderkent dat gevoelens over de eigen kindertijd behoorlijk kunnen veranderen bij het volwassen worden).

De subschalen vertoonden een onderlinge samenhang. De eerste schaal was gecorreleerd met de tweede ($r = -0,57$; $p < 0,001$) en de derde schaal ($r = -0,41$; $p < 0,004$). De tweede schaal was gecorreleerd met de derde ($r = 0,81$; $p < 0,001$). In een poging de concurrente validiteit vast te stellen werd de RFRS gecorreleerd met de scores op de RFS (die geldt als de gouden standaard). De RFRS-score was significant gecorreleerd met de eerste ($r = -0,37$; $p < 0,04$) en de tweede schaal ($r = 0,54$; $p < 0,001$), maar niet met de derde RFRS-schaal ($r = 0,25$; $p < 0,16$).

De RFRS leek op basis van dit pilotonderzoek in potentie een goed instrument om in de algemene praktijk te kunnen worden gebruikt, voor zowel patiëntenzorg als wetenschappelijk onderzoek (Luyten e.a. 2012). De vragenlijst werd daarom door ons onafhankelijk van elkaar vertaald in het Nederlands, waarna een consensusvertaling werd voorgelegd aan 20 psychotherapeuten met het verzoek om de RFRS voor ten minste één patiënt te gebruiken en ons commentaar terug te geven ter verbetering van de verta-

ling. De aldus verbeterde vertaling werd door een gecertificeerde vertaler terugvertaald in het Amerikaans-Engels en deze versie werd ter accordering voorgelegd aan Levy, waarna geen verdere veranderingen nodig bleken (Hambleton 2001).

In dit artikel beschrijven wij de resultaten van een onderzoek naar de factorstructuur en interne consistentie van de Nederlandse vertaling van de RFRS, de tussenbeoordelaarsbetrouwbaarheid, de samenhang met alexithymie en met gehechtheidsstijl, en de bruikbaarheid zoals ervaren door de behandelaren.

METHODE

Procedure

Het onderzoek werd verricht onder patiënten van de afdeling Psychotherapie van Riagg Rijnmond in Rotterdam/Schiedam. Op deze afdeling wordt een breed scala aan psychotherapie aangeboden: cognitieve gedragstherapie, dynamische interpersoonlijke therapie, *transference focused* psychotherapie, schematherapie, groepstherapie en systeemtherapie.

Ten tijde van de studie werkten 22 behandelaren op de afdeling van wie zes psychiaters, zeven klinisch psychologen, drie gezondheidszorgpsychologen, twee BIG-geregistreerde psychotherapeuten, een basispsycholoog, een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, een psychiater in opleiding en een psychotherapeut in opleiding. Alle therapeuten waren vertrouwd met de begrippen 'mentaliseren' en 'hechtingsstijl' als pantheoretische psychotherapieconcepten.

Routine outcome monitoring (ROM) is een structureel onderdeel van de diagnostiek en behandeling op de afdeling. Voor dit onderzoek maakten wij gebruik van de infrastructuur van de ROM-procedure, waarbij de voor dit onderzoek relevante vragenlijsten om de zes maanden worden afgenomen. Voor dit onderzoek gebruikten we de gegevens van de patiënten van zowel nieuwe ($n = 83$) als 'lopende' patiënten ($n = 231$) die tussen 1 april 2013 en 1 augustus 2013 in aanmerking kwamen voor een ROM-afname.

Na het psychiatrisch onderzoek ondergaan de patiënten in de regel twee psychotherapeutische onderzoeksgesprekken. Voor nieuwe patiënten werd aan de behandelaren gevraagd om de RFRS in te vullen na het laatste psychotherapeutische onderzoeksgesprek en vóór kennisname van de ROM-resultaten. Voor 'lopende' patiënten kregen de behandelaren het verzoek de RFRS in te vullen twee weken voordat de patiënt een uitnodiging kreeg voor een nieuwe ROM-afname.

Om een indruk te krijgen van de tussenbeoordelaarsbetrouwbaarheid werd aan de behandelaren die getweeën een groepstherapie deden, gevraagd om onafhankelijk van

elkaar een RFRS in te vullen en die bij de onderzoekers in te leveren. Het betrof vijf behandelaren die tezamen vier koppels vormden. Eén van de behandelaren (therapeut Y) maakte deel uit van drie van de vier koppels. De tussenbeoordelaarsbetrouwbaarheid werd bepaald aan de hand van 28 patiënten, verdeeld over vier behandelgroepen met respectievelijk zeven, acht, zes en zeven patiënten.

Alle behandelaren werden tot slot aan het eind van het onderzoek met een gestandaardiseerde vragenlijst bevraagd naar hun bevindingen met de RFRS voor wat betreft begrijpelijkheid, bruikbaarheid en ervaren belasting.

Meetinstrumenten

Naast de RFRS werd in dit onderzoek gebruikgemaakt van de *Brief Symptom Inventory* (BSI), de *Experiences in Close Relationships – revised* (ECR-R), en de *Toronto Alexithymie Schaal* (TAS-20).

De BSI (de Beurs & Zitman 2006; Derogatis 1975) is een zelfinvulvragenlijst met 53 items op een vijf-puntslikert-schaal. Met de BSI wordt gevraagd naar psychiatrische klachten en symptomen in de voorafgaande week. De totaalscore geeft een algemene maat voor de ernst van de psychiatrische stoornis. De psychometrische eigenschappen van de BSI zijn goed; in deze studie was de Cronbachs α van de BSI-totaalscore 0,85.

De ECR-R (Fraley e.a. 2000; Kooiman e.a. 2012) is een zelfinvulvragenlijst met 36 items op een zeven-puntslikert-schaal. Met de vragenlijst wordt gesondeerd naar twee dimensies die aan onveilige gehechtheid ten grondslag liggen: aan gehechtheid gerelateerde angst en aan gehechtheid gerelateerde vermijding. Beide schalen met elk 18 items hebben een uitstekende interne consistentie met elk een Cronbachs α van 0,93.

De TAS-20 (Bagby e.a. 1994a en b; Kooiman e.a. 2002) is een zelfinvulvragenlijst met 20 items op een vijf-puntslikert-schaal. De vragenlijst heeft drie schalen (en een totaalscore): moeilijkheden met het identificeren van gevoelens, moeilijkheden met het beschrijven van gevoelens, en extern georiënteerd denken. De TAS-20 heeft bevredigende psychometrische eigenschappen en wordt internationaal veelvuldig gebruikt om alexithymie trekken mee vast te stellen. De interne consistentie van de totaalscore en van de eerste twee schalen is goed met Cronbachs α van respectievelijk 0,83, 0,85 en 0,78; die van de derde schaal (zoals in andere studies) is matig met een Cronbachs α van 0,50.

Statistische analyses

Voor de data-analyse maakten wij gebruik van SPSS versie 21. Daar de factorstructuur slechts exploratief was onderzocht met een beperkt aantal therapeuten die voor een zeer beperkt aantal patiënten hun oordeel gaven, ging het niet

om een vastgesteld, gevalideerd instrument. Daarom werd geen confirmatieve, maar een exploratieve factoranalyse gedaan met de volledige set van 50 items (Meehan e.a. 2009).

Voor het bepalen van het aantal schalen van de RFRS werd na controle op multicollineariteit gebruik gemaakt van principale componentenanalyse (PCA) met oblique rotatie. Het aantal schalen werd bepaald met de scree-test. Items werden geaccepteerd als ze voldoende krachtig met de betreffende schaal geassocieerd waren ($> [0,35]$) en als ze voldoende onderscheidend (verschil $> [0,15]$) waren van eventuele andere schalen. De interne consistentie van de schalen werd berekend met Cronbachs alfa. Voor de tussenbeoordelaarsbetrouwbaarheid gebruikten we de *intra-class* correlatiecoëfficiënt (ICC). Een $ICC \geq 0,70$ werd beschouwd als acceptabel (McGraw & Wong 1996). Bivariate vergelijkingen werden gedaan met de T-toets voor continue en de χ^2 -toets voor categorale variabelen. Correlaties werden berekend met de correlatiecoëfficiënt van Spearman. In verband met non-normaliteit van data werden partiële correlaties berekend na logtransformatie.

RESULTATEN

Voor 179 van de 315 patiënten die een uitnodiging ontvingen voor de rom-meting was een volledige set vragenlijsten beschikbaar én een tijdig ingevulde RFRS. In **TABEL 1** worden de beschikbare gegevens weergegeven van de patiënten met volledige (participanten) en van die met onvolledige gegevens (non-participanten). Patiënten met een cluster B-persoonlijkheidsstoornis participeerden minder vaak dan degenen met een cluster C-stoornis, waarschijnlijk doordat de eersten minder vaak de ROM bleken in te vullen. De behandelaars vulden voor 265 patiënten een RFRS in; in 13 gevallen werden een of meer items niet ingevuld, zodat de PCA kon worden gedaan met 252 RFRS. De steekproef was groot genoeg om de PCA te kunnen doen (Kaiser-Meyer-Olkin *measure of sampling adequacy* = 0,93). Drie items (10, 22 en 32) hadden in de correlatiematrix lage intercorrelaties met de andere items, maar werden toch meegenomen in de PCA vanwege hun informatieve waarde. De scree-plot suggereerde een extractie met drie of misschien vier schalen. Bij exploratie van een eventuele keuze voor vier schalen laadde geen van de items voldoende op de vierde schaal, zodat werd gekozen voor een oplossing met drie schalen.

In **TABEL 2** worden de ladingen van de items op de geëxtraheerde schalen weergegeven. Drie items (8, 23 en 40) hadden onvoldoende hoge en/of onvoldoende differentiërende ladingen op de geëxtraheerde schalen. De drie schalen zijn

benoemd als 'Adequaat mentaliseren' (29 items; alfa 0,94), 'Geblokkeerd mentaliseren' (13 items; alfa 0,81), en 'Niet-gementaliseerd gedrag' (5 items; alfa 0,59). De schalen intercorreleerden passend met elkaar; 'Adequaat mentaliseren' met 'Geblokkeerd mentaliseren' en 'Niet-gementaliseerd gedrag' met respectievelijk $r = -0,57$ en $r = -0,26$ en 'Geblokkeerd mentaliseren' en 'Niet-gementaliseerd gedrag' met $r = 0,27$ (alle $p < 0,01$).

Betreffende de tussenbeoordelaarsbetrouwbaarheid hadden twee van de vier beoordelingskoppels (waarvan één met therapeut Y) voor de schaal 'Adequaat mentaliseren' een adequate betrouwbaarheidsscore met een $ICC \geq 0,70$; één koppel (met therapeut Y) had voor de schaal 'Geblokkeerd mentaliseren' een adequate ICC -score $\geq 0,70$; en twee koppels (beide met therapeut Y) hadden voor de schaal 'Niet-gementaliseerd gedrag' een adequate ICC -score $\geq 0,70$. In **TABEL 3** worden de associaties weergegeven tussen de RFRS-schalen en die van de TAS-20. De RFRS-schaal 'Adequaat mentaliseren' was betekenisvol geassocieerd met alle TAS-20-schalen. De RFRS-schaal 'Geblokkeerd mentaliseren' was alleen geassocieerd met de TAS-20-schaal 'Moeilijkheden in het beschrijven van gevoelens'. De RFRS-schaal 'Niet-gementaliseerd gedrag' was niet geassocieerd met enige TAS-20-schaal.

In **TABEL 4** wordt de samenhang van de RFRS en die van de TAS-20 weergegeven met de ECR-T en de BSI. Hechtingsgerelateerde angst en vermijding waren betekenisvol geassocieerd met alle TAS-20-schalen met uitzondering van de associatie van hechtingsgerelateerde angst met extern georiënteerd denken. De associaties van de ECR-T-schalen met die van de RFRS waren veel zwakker. Hechtingsgerelateerde angst was zwak geassocieerd met adequaat mentaliseren en met niet-gementaliseerd gedrag. Hechtingsgerelateerde vermijding was alleen geassocieerd met adequaat mentaliseren. Daar vrijwel alle schalen geassocieerd waren met de ernst van de klachten zoals gemeten met de BSI (**TABEL 4**) werd een partiële correlatie tussen de ECR-T en de RFRS respectievelijk TAS-20 gedaan, gecorrigeerd voor de BSI-totaalscore. Bij de partiële correlatieanalyses verdwenen de associaties tussen de RFRS- en de ECR-T-scores, terwijl die van de TAS-20 met de ECR-T grotendeels bleven bestaan.

Bruikbaarheid

De behandelaren deden over het algemeen ruim 10 minuten over het invullen van de vragenlijst. Dertien therapeuten voltooiden het naonderzoek naar de bruikbaarheid van de RFRS. Vier therapeuten vonden de items van de vragenlijst slecht te begrijpen; zeven therapeuten vonden de items goed te begrijpen; de andere twee waren in dezen

TABEL 1 Sociaaldemografische en klinische gegevens van deelnemers aan onderzoek naar meten van mentaliseren met de *Reflective Functioning Rating Scale* (RFRS); n (%) tenzij anders vermeld

	Participanten (n = 179)	Non-participanten (n = 135)	Statistiek (T ^a /χ ^{2b})	p
Sekse			1,7 ^b	0,47
Man	45 (25)	38 (28)		
Vrouw	134 (75)	97 (72)		
Gem. leeftijd (in jaren) (SD)	34,3 (10,5)	33,9 (9,9)	-0,3 ^a	0,74
Burgerlijke staat			5,30 ^b	0,15
ongetrouwd	131 (73)	85 (63)		
getrouwd	35 (20)	39 (29)		
gescheiden/weduwstaats	8 (5)	9 (7)		
onbekend	7 (4)	0 (0)		
Woonsituatie			4,17 ^b	0,65
alleenwonend	65 (36)	38 (28)		
ouder in 1-oudergezin	10 (6)	5 (4)		
met partner, zonder kinderen	41 (23)	33 (24)		
met partner, met kinderen	32 (18)	29 (22)		
kind bij ouders wonend	20 (11)	18 (13)		
anders	7 (4)	9 (7)		
onbekend	4 (2)	3 (2)		
Opleiding			2,28 ^b	0,81
(voortgezet) lager onderwijs	3 (1,7)	5 (3,7)		
middelbaar onderwijs	43 (24,0)	36 (26,7)		
hoger onderwijs	43 (24,0)	28 (20,7)		
hbo	48 (26,8)	37 (27,4)		
wo	26 (14,5)	16 (11,9)		
onbekend	16 (8,9)	13 (9,6)		
1e DSM-IV-as I-classificatie			36,9 ^b	0,54
Angststoornissen	49 (27)	42 (31)		
Stemmingsstoornissen	33 (18)	29 (21)		
Aanpassingsstoornissen	7 (4)	12 (9)		
Bijkomende problemen	45 (25)	26 (19)		
Overig	18 (10)	14 (10)		
Geen	26	11		
Aantal DSM-IV-as I-classificaties			4,3 ^b	0,12
geen	26 (14)	11 (8)		
1	98 (55)	87 (65)		
>1	55 (31)	36 (27)		
1e DSM-IV-as II-classificatie			78,7 ^b	0,00
Cluster A	-	-		
Cluster B	23 (13)	23 (17)		
Cluster C	55 (31)	35 (26)		
NAO	83 (46)	65 (48)		
Geen	5	3		
Uitgesteld	13 (7)	8 (6)		
Ontbrekende gegevens	-	1 (1)		

TABEL 1 Vervolg

	Participanten (n = 179)	Non-participanten (n = 135)	Statistiek (T ² /χ ^{2b})	p
Aantal DSM-IV-as II-classificaties			1,6 ^b	0,46
geen	5 (3)	3 (2)		
1	147 (82)	117 (87)		
>1	27 (15)	14 (10)		
Score BSI (0,00-4,00); M (SD)	0,9 (0,6)	1,1 (0,89)	1,1 ^a	0,29
Gem. duur behandeling in maanden (SD)	16,0 (20,5)	18,7 (16,6)	1,2 ^a	0,22

TABEL 2 Reflective Functioning Rating Scale (RFRS); factorstructuur en interne consistentie (n = 265)

itemnummer	adequaat mentaliseren	geblokkeerd mentaliseren	niet-gementaliseerd gedrag
24	0,72	0,09	-0,02
27	0,71	-0,11	0,06
11	0,69	0,05	0,04
19	0,69	0,05	-0,27
25	0,69	0,02	-0,12
17	0,69	0,21	0,19
33R*	-0,68	-0,01	0,05
34	0,67	-0,06	-0,07
39	0,67	-0,12	-0,13
41	0,67	-0,16	0,05
7	0,65	-0,03	0,07
20	0,65	-0,09	-0,07
12	0,62	-0,07	-0,05
28	0,61	-0,18	-0,06
1	0,61	-0,11	-0,20
6	0,58	-0,6	-0,19
16R	-0,58	0,05	0,21
14	0,57	-0,19	0,13
13	0,57	0,04	-0,04
2	0,56	-0,17	-0,10
30	0,56	0,22	0,04
46	0,51	-0,15	0,21
5R	-0,51	0,06	0,23
38	0,50	-0,12	0,133
49	0,48	-0,12	0,23
36	0,47	0,03	-0,03
44	0,47	-0,26	0,24
4	0,45	-0,00	-0,27
43	0,44	0,06	0,14

TABEL 2 Vervolg

itemnummer	adequaat mentaliseren	geblokkeerd mentaliseren	niet-gementaliseerd gedrag
Cronbachs α 0,94			
37	-0,12	0,66	-0,29
9	-0,01	0,61	0,02
47	-0,14	0,61	-0,35
21	-0,37	0,59	-0,12
26	-0,32	0,55	-0,17
22	0,31	0,50	0,09
35	0,02	0,49	-0,03
15	-0,13	0,47	0,15
3	-0,23	0,46	-0,04
32	0,19	0,45	0,22
23	0,38	-0,42	0,36
45	-0,11	0,39	0,14
29	-0,17	0,37	0,08
48	0,02	0,37	0,17
40	-0,23	0,37	-0,06
8	-0,29	0,33	0,16
Cronbachs α		0,81	
50	-0,12	-0,03	0,69
31	-0,21	0,17	0,53
10	0,04	-0,03	0,47
42	-0,10	0,07	0,46
18	-0,15	0,24	0,40
Cronbachs α			0,59

* items met een R worden omgekeerd gescoord.

TABEL 3 Samenhang tussen de *Reflective Functioning Rating Scale* (RFRS) en de *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20)

TAS-20	RFRS		
	'Adequaat mentaliseren'	'Geblokkeerd mentaliseren'	'Niet-gementaliseerd gedrag'
Moeilijkheden met identificeren van gevoelens	-0,16*	0,08	0,05
Moeilijkheden met beschrijven van gevoelens	-0,24**	0,19*	-0,05
Extern georiënteerd denken	-0,15*	-0,06	0,08
TAS-20-totaalscore	-0,23**	0,10	0,03

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

TABEL 4 Samenhang tussen de *Reflective Functioning Rating Scale* (RFRS) de *Toronto Alexithymia Schaal-20* (TAS-20), de *Experiences in Close Relationships-revised* (ECR-r) en de *Brief Symptom Inventory* (BSI)

	ECR-r hechtingsgerelateerde angst	hechtingsgerelateerde vermijding	BSI BSI-totaal- score
RFRS			
'Adequaat mentaliseren'	-0,21**/-0,09 ^a	-0,23**/-0,14	-0,26**
'Geblokkeerd mentaliseren'	0,06/-0,04	0,04/-0,01	0,18*
'Niet gementaliseerd gedrag'	0,17*/0,12	0,07/0,06	0,14
TAS-20			
Moelijkheden met identificeren van gevoelens	0,44**/0,32**	0,31**/0,14	0,50**
Moelijkheden met beschrijven van gevoelens	0,33**/0,25**	0,47**/0,38**	0,46**
Extern georiënteerd denken	0,13/0,15*	0,20**/0,19*	-0,02
TAS-20-totaalscore	0,43**/0,32**	0,43**/0,29**	0,46**
ECR-r			
hechtingsgerelateerde angst			0,40**
hechtingsgerelateerde vermijding			0,39**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ ^a In vet partiële correlaties gecorrigeerd voor BSI-score.

neutraal. Vier van de 13 therapeuten vonden het invullen van de vragenlijst weinig moeite. Drie therapeuten vonden het invullen echter een forse belasting; zes therapeuten waren in dezen neutraal. Een derde van de therapeuten gaf aan ook buiten het onderzoek de RFRS nog wel eens te willen gebruiken, maar een even groot aantal behandelaren gaf aan dat nooit meer te zullen doen. Bij de keuze om de RFRS buiten het onderzoek niet meer te gebruiken gaven therapeuten onder andere aan dat ze liever hun klinische blik gebruiken bij het inschatten van het mentaliserend vermogen, dat ze veel items in de vragenlijst te abstract vonden, of dat de relatie met het onderzochte onduidelijk was door de complexiteit van de vragen. Vier van de 13 therapeuten beschouwden het invullen van de RFRS als bijdragend aan het begrip van de problemen van de patiënt; drie therapeuten vonden dat het er weinig aan bijdroeg; zes therapeuten waren in dezen neutraal.

DISCUSSIE

De vaardigheid adequaat te kunnen mentaliseren is een belangrijke eigenschap en relevant voor de ontwikkeling van sommige vormen van psychiatrische problemen, maar ook voor de kwaliteit van het interpersoonlijk verkeer in het algemeen en binnen een psychotherapie in het

bijzonder. Mentaliseren speelt een centrale rol in het verdragen van moeilijke gevoelens en is daarom wel benoemd als het immuunsysteem van de menselijke psyche (Allen e.a. 2008; Bateman & Fonagy 2012; Bouchard e.a. 2008; Katznelson 2014; Weinberger 2014). Het concept is niet alleen van belang voor de psychiatrie, maar ook voor de geneeskunde in het algemeen, bijvoorbeeld in het kader van slecht-nieuwsgesprekken.

Gezien het belang dat aan het concept wordt toegedicht, is het belangrijk dat er ook een meetinstrument is waarmee we de aard en de mate van mentaliseren kunnen meten. De ontwikkeling van de RFRS is een poging om in die behoefte te voorzien. In een kleinschalig pilotonderzoek (Meehan e.a. 2009) kwam de RFRS als een potentieel veelbelovend instrument naar voren. Wij vertaalden de RFRS in het Nederlands en herhaalden het onderzoek met een groter aantal therapeuten ($n = 22$) en met een voldoende groot aantal patiënten.

In ons onderzoek vonden wij, net als Meehan e.a. (2009), dat de RFRS het best in drie schalen kan worden weergegeven. De door ons gevonden schalen kwamen niet overeen met die in de pilotstudie van de ontwikkelaars van de RFRS, maar imponeerden wat betreft de *face validity* als goed. De interne consistentie van de eerste twee schalen ('Adequaat

mentaliseren' en 'Geblokkeerd mentaliseren') is uitstekend, maar die van de derde schaal ('Niet-gementaliseerd gedrag') is met een Cronbachs α van 0,59 te laag. Het geringe aantal items dat deel uitmaakt van deze schaal is hier wellicht debet aan. De onderlinge associatie tussen de schalen is betekenisvol en niet al te sterk.

De tussenbeoordelaarsbetrouwbaarheid werd met 28 patiënten onderzocht onder vijf therapeuten die met elkaar vier koppels vormden. Omdat de beoordelaars cotherapeuten waren in de groepstherapieën waarin deze patiënten participeerden, waren zij niet echt onafhankelijk van elkaars oordeel. Dat betekent dat een hoge tussenbeoordelaarsbetrouwbaarheid niet echt informatief is; een lage tussenbeoordelaarscore is dat echter wel. Twee van de vier paren hadden een adequate tussenbeoordelaarscore voor de schaal 'Adequaat mentaliseren'; één paar voor de schaal 'Geblokkeerd mentaliseren'; en twee paren voor de schaal 'Niet-gementaliseerd gedrag'. De tussenbeoordelaarsbetrouwbaarheid lijkt dus onvoldoende, ondanks dat de therapeuten goed getraind zijn in het werken met de concepten mentaliseren en gehechtheid. In alle gevallen van een goede tussenbeoordelaarsbetrouwbaarheid was één van de vijf therapeuten (enthousiast) lid van het beoordelingspaar. Volgens ons blijkt hieruit dat het belangrijk is dat de gebruikers van het instrument niet alleen bekend zijn met het concept 'mentaliseren', maar dat zij er ook regelmatig mee werken.


De concepten 'mentaliseren' en 'alexithymie' zijn theoretisch overlappende constructen en zouden dus sterk met elkaar geassocieerd moeten zijn. Wij onderzochten daarom de samenhang tussen de RFRS, die mentaliseren meet, en de TAS-20, die de mate van alexithymie weergeeft. De gevonden correlaties zijn in de verwachte richting, maar waren opvallend laag. Wij concluderen hieruit dat de concurrente validiteit van de RFRS met de TAS-20 onvoldoende is. Zowel mentaliseren als alexithymie wordt geacht geassocieerd te zijn met de gehechtheidsstijl (Kooiman & Koelen 2012). In ons onderzoek was de associatie tussen gehechtheidsstijl en alexithymie redelijk stevig en in de verwachte richting (meer onveilig gehecht, meer alexithym), ook wanneer we corrigeerden voor de ernst van de symptomen op de BSI. De associaties tussen de ECR-T en de RFRS waren echter bijzonder laag. Juist omdat het niet waarschijnlijk is dat de therapeuten volledig blind waren voor de ROM-resultaten (waaronder die van de ECR-T) en je dus een vertekening naar sterkere correlaties zou mogen verwachten, concluderen wij hieruit dat de constructvaliditeit van de RFRS tegenvalt.

Over het algemeen leken de therapeuten de RFRS een bruikbaar en een niet te tijdrovend instrument te vinden. Van de 13 therapeuten vonden 3 het invullen van de vra-

genlijst echter een forse belasting en 4 therapeuten stelden dat zij na dit onderzoek de lijst zeker niet meer zouden gebruiken. De bruikbaarheid van de RFRS voor de therapeuten lijkt dus matig goed te zijn.

CONCLUSIES

Factorstructuur en interne consistenties van de in het Nederlands vertaalde RFRS zijn goed, zij het dat de derde schaal ('Niet-gementaliseerd gedrag') in psychometrisch opzicht nog tekortschiet. Ook de tussenbeoordelaarsbetrouwbaarheid dient verbeterd te worden. De concurrente validiteit en de constructvaliditeit schieten te kort en ook de ervaren bruikbaarheid door de therapeuten verdient aandacht. Als men aan het concept 'mentaliseren' in het discours van de hedendaagse psychiatrische praktijk zo'n belangrijke plaats wil geven, dan dienen onderzoekers en klinici prioriteit te geven aan het ontwikkelen van een instrument dat mentaliseren meet en dat in de algemene praktijk makkelijk toepasbaar is. De RFRS is dat nog niet; met name de formulering van de items en de schaal 'Niet-gementaliseerd gedrag' verdienen nader onderzoek.

 De volledige *Reflective Functioning Rating Scale* kunt u bij de corresponderend auteur opvragen.

LITERATUUR

- Allen J, Fonagy P, Bateman A. In: Allen JG, Fonagy P, Bateman AW, red. *Mentalizing in clinical practice*. Washington: American Psychiatric Publishing. 2008.
- Bagby R, Parker J, Taylor G. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale - I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res* 1994a; 38: 23-32.
- Bagby R, Taylor G, Parker J. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale - II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Res* 1994b; 38: 33-40.
- Bateman A, Fonagy P. *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder; a practical guide*. Oxford: Oxford University Press. 2006.
- Beurs de E, Zitman F. De Brief Symptom Inventory (BSI). De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de SCL-90. *Maandbl Geest Volksgezondh* 2006; 61: 120-41.
- Bouchard M-A, Target M, Lecours S, Fonagy P, Tremblay LM, Schachter A, Stein H. Mentalization in adult attachment narratives: reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanal Psychol* 2008; 25: 47-66.
- Derogatis L. *Brief Symptom Inventory*. Baltimore: Clinical Psychometric Research 1975.
- Fonagy P, Steele M, Steele H, Target M. *Reflective-Functioning Manual*, version 5.0, for application to Adult Attachment Interviews. Londen: University College London; 1998.
- Fraley RC, Waller NG, & Brennan KA. An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *J Pers Soc Psychol* 2000; 78: 350-65.
- Hambleton RK. The next generation of the ITC test translation and adaptation guidelines. *Eur J Psychol Assess* 2001; 17: 164-72.
- Katznelson H. Reflective functioning: a review. *Clin Psychol Rev* 2014; 34: 107-17.
- Kooiman CG, e.a. Psychometrics and validity of the Dutch Experiences in Close Relationships-revised (ECR-r) in an outpatient mental health sample. *J Pers Assess* 2013; 95: 37-41.
- Kooiman CG, Spinhoven P, Trijsburg RW. The assessment of alexithymia: a critical review of the literature and a psychometric study of the Toronto Alexithymia Scale-20. *J Psychosom Res* 2002; 53: 1083-90.
- Kooiman CG, Koelen J. Gehechtheid en somatiseren. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 2012; 38: 291-309.
- Levy KN, Meehan KB, Hill LL. Reflective Functioning Rating Scale (RFRS) 2005; 1-6.
- Luyten PhD, Fonagy P, Lowyck B, Vermote R. Assessment of mentalization. In: Bateman AW, Fonagy P, red. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington: American Psychiatric Publishing; 2012.
- McGraw KO, Wong SP. Forming inferences about some intraclass correlation coefficients. *Psychol Methods* 1996; 1: 30-46.
- Meehan KB, Levy KN, Reynoso JS, Hill LL, Clarkin JF. Measuring reflective function with a multidimensional rating scale: comparison with scoring reflective function on the AAI. *J Am Psychoanal Assoc* 2009; 57: 208-13.
- Taubner S, Hörz S, Fischer-Kern M, Doering S, Buchheim A, Zimmermann J. Internal structure of the Reflective Functioning Scale. *Psychol Assess* 2013; 25: 127-35.
- Weinberger J. Common factors are not so common and specific factors are not so specified: toward an inclusive integration of psychotherapy research. *Psychotherapy* 2014; 51: 514-18.

SUMMARY

Measuring mentalization: an attempt using the Reflective Functioning Rating Scale

S.J.L.M. KEMPS, C.G. KOOIMAN

- BACKGROUND** The ability to mentalise or continue to mentalise is considered relevant for our understanding of the progenesis of various psychiatric disorders and is seen as a common factor in various forms of psychotherapy. Until now, however, there has not been any easy to handle instrument available which clinicians can use to measure the nature and degree of a patient's mentalisation ability. The Reflective Functioning Rating Scale (rFRS) is an instrument that is developed to meet the need for such measurements.
- AIM** To investigate the scale structure, reliability, validity and usefulness of this new rating scale in a psychotherapeutic population.
- METHOD** We conducted a cross-sectional study among psychotherapy patients and their therapists using the infrastructure of routine outcome monitoring for data sampling.
- RESULTS** The items in the rFRS could be grouped in three clinically meaningful dimensions: Adequate Mentalising (AM), Blocked Mentalising (BM) and Non-Mentalised Behaviour (NMB). The first two dimensions had an excellent internal consistency, the third (NMB) fell short. The inter-rater reliability of all three scales was unsatisfactory. The construct and concurrent validity were disappointing. Finally, the usefulness of the instrument, as experienced by the therapists was below the required standard and needs to be upgraded.
- CONCLUSION** In psychotherapeutic and psychiatric practice mentalising is a frequently used concept. So far, there is no instrument available which allows clinicians to measure the nature and degree of mentalisation. In its present form the rFRS is not up to the required standard.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)9, 645-655

KEY WORDS acceptability, measurement instrument, mentalising, reliability, validity